

## Il minore autore di reato sessuale: quale trattamento in assenza di tratti antisociali?

Paola Rossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Associazione di Psicologia Cognitiva di Verona

### Riassunto

Negli ultimi quarant'anni si è assistito ad un crescere progressivo delle ricerche rivolte agli autori di reati sessuali e, più di recente, l'interesse clinico si è rivolto anche ai rei minorenni. In letteratura si parla di *Juvenile Sex Offenders (JSOs)* per riferirsi alla popolazione di adolescenti, solitamente con un'età compresa tra i 12 e i 18 anni, “che sono stati accusati ufficialmente di aver commesso un reato sessuale (ad esempio, molestia su bambini, stupro, esibizionismo, voyeurismo), o hanno commesso un atto per cui potrebbero essere ufficialmente accusati o hanno agito un comportamento di abuso o aggressione sessuale” (Miner et al., 2006). I tentativi di studiare questa particolare popolazione sono stati diversi, tuttavia, trattandosi di un gruppo molto eterogeneo, spesso le ricerche non sono riuscite ad arrivare a risultati univoci.

Al fine di avere chiaro di cosa si sta parlando e degli sforzi che sono stati compiuti finora al riguardo, verrà fatto un excursus su ciò che la letteratura ci dice in merito al fenomeno del reato sessuale agito da minore: le caratteristiche proprie di questa popolazione, gli interventi finora proposti, con uno sguardo particolare ai programmi che utilizzano un approccio cognitivo comportamentale. Successivamente verrà presentata una revisione critica della letteratura, partendo dal caso clinico di un giovane *sex offender* che non presenta tratti antisociali, con l'intento di fare maggior chiarezza su come potrebbe essere impostata una terapia individuale con un ragazzo accusato di reato sessuale agito su minore e obbligato ad affrontare un percorso psicologico personale.

**Parole chiave:** Adolescenti, Bambini, Violenza sessuale, Tratti di personalità, Antisociale, Evitante, Terapia Cognitiva Comportamentale

### The Juvenile Sex Offender: what kind of treatment in absence of antisocial traits?

### Abstract

In the last forty years we have witnessed a progressive increase of researches addressing sex offenders and, more recently, the clinical interest has been grown also toward juvenile offenders. According to the literature, the term Juvenile Sex Offenders (JSOs) is used in order to referring to “youths between the ages of 12 – 18 who have either been officially charged with a sexual crime (e.g., child molestation, rape, exhibitionism, voyeurism), have performed an act that could be officially charged, or committed sexually abusive/aggressive behavior” (Miner et al., 2006). Several attempts to study this specific population have been made. However, as it is a very heterogeneous group, the different researches were often unable to reach univocal results.

In order to understand what we are talking about and what kind of effort has been made till now, an overview on the literature about JSOs will be presented: the specific characteristics of this population, the interventions that have been proposed so far, shedding light particularly on cognitive behavioral programs. Subsequently, a critical review of the literature about this topic will be introduced, starting from a case report of a juvenile sex offender who did not

present antisocial personality traits. The aim is to better understand how a mandatory individual psychotherapy with a youth who commits a sexual offence towards a child, could be set up and carried out.

**Key words:** Adolescent, Child, Sex offence, JSO, Personality traits, Antisocial, Avoidant, Cognitive Behavioral Therapy

## **L'adolescente autore di reato sessuale**

### *Lo stato della ricerca*

Negli ultimi quarant'anni si è assistito ad un crescere delle ricerche rivolte agli autori di reati sessuali (di seguito anche *sex offenders* o *JSOs*). Sebbene molti studi si siano soffermati ad indagare la probabilità della reiterazione del reato e cosa caratterizzi questa popolazione, pochi progressi sono stati fatti, invece, in termini di interventi specifici che possano ridurre tale probabilità (Freeman, Dexter-Mazza & Hoffman, 2005; Craig, Brownr, Beech & Stringer, 2006; Oxnam & Vess, 2006-2008; Seto & Lalumière, 2010). Molti dei lavori pubblicati si concentrano principalmente sulla popolazione adulta, nonostante una parte considerevole di questa affermi di aver compiuto il primo reato sessuale da minorenne (Abel, Osborn, & Twigg, 1993; Oxnam & Vess, 2006-2008; Seto & Lalumière, 2010). Ciò evidenzia come si possa rintracciare l'inizio della "carriera criminale" di questi soggetti in età adolescenziale. Tuttavia, i reati sessuali agiti da adolescenti o giovani adulti sono stati considerati, fino agli anni '80, come indice di una normale sperimentazione sessuale o come una sorta di "curiosità" legata allo sviluppo sessuale (Veneziano & Veneziano, 2002; Oxnam & Vess, 2006-2008).

Solo recentemente si è cominciato a volgere lo sguardo anche alla popolazione degli adolescenti, spesso oggetto di cronache criminali (Carpenter, Peed & Eastman, 1995; Weinrott, 1996; Oxnam & Vess, 2006-2008). È tuttavia difficile rintracciare una causa di questo aumento di reati commessi dai più giovani, non ci sono dati certi a riguardo (Weinrott, 1996; Oxnam & Vess, 2006-2008; Seto & Lalumière, 2010). Se si considera poi la presenza, talvolta, di problematiche relazionali e familiari, difficoltà scolastiche, abusi subiti nell'infanzia e scarse social skills, non è difficile comprendere come il trovare un capro espiatorio tra questi fattori, che possono essere presenti nella vita di un adolescente, non sia affatto facile né scontato (Carpenter et al., 1995; Weinrott, 1996; Seto & Lalumière, 2010).

Come per gli adulti, gli studi presenti sugli adolescenti autori di reati sessuali si concentrano per lo più sulla valutazione della probabilità di recidiva e sull'individuazione di caratteristiche che possano accomunarli. Data la realistica possibilità che questi giovani diventino adulti *sex offenders*, la letteratura si è perlopiù focalizzata sulla ricerca di quegli indicatori che possano aiutare a discriminare quali adolescenti abbiano un maggior rischio di reiterare il reato anche in età adulta (Christiansen & Vincent, 2013; Eastman, Craissati & Shaw 2019). Inoltre, si è sentita anche la necessità di distinguere questi *sex offenders*

dagli adolescenti autori di reati non-sessuali, con lo scopo di dare una base più solida e una linea di indirizzo specifica per gli interventi riabilitativi a loro rivolti (Veneziano & Veneziano, 2002; Tidefors, Ingevaldson & Goulding, 2019). Tuttavia, ad oggi, i progressi effettuati a livello di trattamento non sono molti e spesso, per questa popolazione di adolescenti, vengono mutuati percorsi terapeutici proposti per gli adulti (Veneziano & Veneziano, 2002; Freeman et al., 2005; Seto & Lalumière, 2010).

Prima di analizzare cosa ci dice la ricerca sul tema dell'adolescente autore di reato sessuale, risulta importante sottolineare come gli studi scientifici presenti ad oggi sul tema siano molto eterogenei, descrittivi, deboli da un punto di vista statistico e spesso non concordi sui risultati (Weinrott, 1996; Worling, 2001; Freeman et al., 2005; Seto & Lalumière, 2010).

La prima distinzione importante riguarda il contesto in cui tali ricerche sono state effettuate: alcune prendono in esame giovani della popolazione carceraria (Worling, 2001; Eastman et al., 2019), altre si sono concentrate su ragazzi inseriti in comunità residenziali (Carpenter et al., 1995; Oxnam & Vess, 2006-2008; Tidefors et al., 2019), altre ancora hanno indagato le caratteristiche di giovani presi in carico a livello ambulatoriale (Seto & Lalumière, 2010; Tidefors et al., 2019). Sebbene si tratti sempre di adolescenti e/o giovani adulti autori di reati sessuali, il diverso contesto in cui questi sono inseriti è potenzialmente indice di una diversa gravità dei reati commessi, nonché di un diverso numero e tipo di reati compiuti e della 'pericolosità sociale' del soggetto, informazioni queste spesso mancanti (sono rare le ricerche in cui viene specificato il tipo di reato sessuale: spesso si considerano reati che vanno dalla molestia sessuale, alla masturbazione in pubblico, fino alla violenza sessuale agita con l'uso della forza, senza alcuna distinzione; Seto & Lalumière, 2010). Inoltre è possibile che, in qualche misura, il contesto in cui l'adolescente è inserito possa avere anche un'influenza sulla motivazione al trattamento o sulla compliance rispetto all'indagine effettuata (Rogers, 1975). Ad esempio, nella popolazione carceraria troviamo un più alto tasso di giovani che presentano precedenti reati violenti e sessuali in cui è spesso presente l'utilizzo di coercizione fisica, è sovente ci sia una negazione della commissione di reato e un rifiuto al trattamento, nonché la presenza di tratti antisociali (Eastman et al., 2019; Tidefors et al., 2019). L'utilizzo di un campione come questo potrebbe, quindi, non essere rappresentativo della popolazione degli adolescenti che hanno compiuto un reato sessuale.

Altri limiti importanti delle ricerche pubblicate, che rendono spesso difficile una generalizzazione dei risultati ottenuti, sono la grandezza del campione, spesso esigua, l'utilizzo di strumenti self-report per la raccolta delle informazioni o non standardizzati (Christiansen & Vincent, 2013) e l'assenza del gruppo di controllo (Carpenter et al., 1995; Weinrott, 1996; Worling, 2001; Oxnam & Vess, 2006-2008; Seto & Lalumière, 2010). La maggior parte delle ricerche, infatti, si concentra sul comparare adolescenti *sex offenders* tra loro, suddividendoli in gruppi diversi (in base a età, reato, età della vittima), oppure

inserendo un gruppo di adolescenti *non-sex offender*: manca tuttavia un gruppo di controllo di adolescenti estratti dalla popolazione generale.

Come anticipato, la letteratura sul tema *JSOs* ha cercato di individuare i diversi fattori potenzialmente legati al crimine compiuto (Seto & Lalumière, 2010): presenza di abusi nell'infanzia, famiglie disfunzionali, tipologia del gruppo dei pari, commissione di altri reati, età della vittima (Carpenter et al., 1995; Weinrott, 1996), caratteristiche di personalità (Carpenter et al., 1995; Oxnam & Vess, 2006-2008). Tuttavia, nonostante le ricerche abbiano indubbiamente attestato che, quando si parla di adolescenti autori di reato sessuale, si fa riferimento ad un gruppo molto eterogeneo, individuare caratteristiche comuni risulta davvero complicato, a causa della moltitudine di fattori eziologici potenzialmente coinvolti (Carpenter et al., 1995; Weinrott, 1996; Veneziano & Veneziano, 2002; Oxnam & Vess, 2008).

#### *Quale profilo per l'adolescente sex offender?*

Seto e Lalumière (2010) hanno svolto un'importante meta-analisi con lo scopo di verificare se gli adolescenti autori di reati sessuali possano rientrare nella più generica categoria della delinquenza giovanile o se, invece, sia possibile rintracciare, e quindi teorizzare, la presenza di specifiche caratteristiche che distinguano questo gruppo di adolescenti. Analizzando i loro risultati, sembra essere possibile identificare alcune caratteristiche tipiche di questa particolare popolazione (vedi anche Mulder, 2010). Nello specifico, gli adolescenti *sex offenders*, più di frequente, mostrano interessi sessuali atipici, hanno avuto una storia di abusi sessuali, esperiscono un più alto livello di ansia, sono socialmente più isolati, hanno una bassa autostima e, talvolta, mostrano minori capacità cognitive (Mulder, 2010). Diversamente, gli adolescenti autori di reati non-sessuali sembrano mostrare una precedente storia criminale, una presenza maggiore di tratti antisociali e abuso di sostanze (Freeman et al., 2005).

- *Fattori di rischio*

I fattori di rischio ad oggi individuati sono diversi, anche se non è stata ancora chiarita la reale influenza di ognuno di questi in merito alla messa in atto del comportamento sessuale deviante (Veneziano & Veneziano 2002; Christiansen & Vincent, 2013).

Nonostante ciò, nell'ottica della presa in carico psicoterapeutica di questi adolescenti, è bene avere a mente quali fattori della vita del soggetto possano aver avuto un impatto significativo, in modo da poter verificare, caso per caso, la loro eventuale presenza e tenerne conto (Parks & Bard, 2006).

*Grado/Natura della Commissione del reato/Vittimizzazione*

- Gli autori adolescenti rappresentano una significativa minoranza nei casi di stupro e abuso su minore
- Più della metà degli autori di reato sessuale adulti hanno cominciato a perpetrare da giovani
- Gli autori erano spesso stati vittime loro stessi di abuso sessuale da bambini
- Vittime solitamente giovani, più probabile fossero femmine, conosciute dall'autore di reato

*Caratteristiche degli adolescenti sex offenders*

- Neglect e/o abusi fisici
- Frequente separazione dai genitori
- Abusati sessualmente
- Trauma severo e disfunzioni familiari
- Carenti competenza sociale/abilità sociali
- Comportamenti dirompenti a scuola
- Assenze ingiustificate

- Difficoltà accademiche
- Alti tassi di difficoltà di apprendimento e di disturbo da deficit di attenzione
- QI verbale scarso
- Il 25% circa presenta deficit neuropsicologici, dimostrando scarso controllo degli impulsi e abilità di pianificazione
- Basso recidivismo per reati sessuali, ma alto per altri reati di tipo non sessuale
- Caratteristiche che si sovrappongono alla delinquenza in generale

*Tipologie*

- Tipologie basate sul tipo di reato: pedofilia, aggressione sessuale, indifferenziata
- Tipologie di comportamento sono state sviluppate ma non validate empiricamente
- Altre categorizzazioni: incesto tra fratelli, giovani autrici di reato sessuale, ritardo mentale, sex offenders molto giovani

Figura 1. Punti chiave della revisione della letteratura (Veneziano & Veneziano, 2002)

Nella figura 1 (tratta da Veneziano & Veneziano, 2002) troviamo illustrati in sintesi: la natura del reato compiuto dagli adolescenti, una lista dei fattori di rischio rintracciati nei giovani *sex offenders* e un riassunto delle ricerche che si sono svolte con lo scopo di classificare gli adolescenti autori di reati sessuali in sottogruppi specifici (Veneziano & Veneziano, 2002). Gli eventi di vita occorsi e le caratteristiche rintracciate in questo gruppo di giovani sono molti, ma non sempre e necessariamente (tutti) presenti. Quello che sicuramente si può notare, è la presenza di una lunga lista di fattori di rischio tra cui, semplificando, difficoltà familiari, sociali e relazionali, la possibile presenza di abusi fisici e/o sessuali subiti nell'infanzia, deficit neuropsicologici, basso QI (Veneziano & Veneziano, 2002; Miyaguchi & Shirataki, 2014) e comportamento impulsivo e/o aggressivo (Veneziano & Veneziano 2002; Christiansen & Vincent, 2013).

• *Tipologie di giovani sex offenders*

Sia a livello teorico che pratico-clinico, è forte l'esigenza di identificare, nel modo più realistico e valido possibile, dei sottogruppi specifici di *JSOs*. Purtroppo, ad oggi, le varie classificazioni che sono state proposte hanno un'origine più intuitiva che scientifica, e sono state spesso stilate concentrandosi su singoli aspetti specifici, tralasciandone altri (Weinrott, 1996; Veneziano & Veneziano, 2002; Seto e Lalumière 2010; Mulder, 2010).

*Età della vittima e caratteristiche del reato.* Una classificazione basata sul tipo di reato commesso e sull'età della vittima, ad esempio, è stata proposta da Graves, Openshaw, Ascione e Ericksen (1996), i quali hanno rintracciato i seguenti sottogruppi: *giovani pedofili*, con scarse abilità sociali e isolamento sociale, che tendono a molestare bambini (solitamente femmine) di almeno 3 anni più giovani; *giovani aggressori sessuali*, che agiscono contro coetanee o donne adulte, usando violenza; *giovani indifferenziati*, non specializzati in un tipo di crimine e/o di vittima specifici. A risultati simili sono giunti anche Righthand e Welch (2001), i quali hanno rintracciato le stesse tre tipologie di adolescenti.

Sulla stessa linea di ricerca, Hunter, Hazelwood e Slesinger (2000), invece, hanno dimostrato l'esistenza di differenze tra adolescenti che commettono l'atto sessuale contro bambini e quelli che invece agiscono contro coetanei o adulti. I primi, infatti, sembrano usare un atteggiamento intimidatorio, piuttosto che usare la coercizione fisica e la molestia o la violenza viene agita contro un familiare o conoscente. I secondi, invece, agiscono maggiormente contro donne, sconosciute, in luoghi pubblici e possono agire anche in gruppo; questi ultimi sono più propensi all'uso della violenza e spesso commettono anche altri tipi di reati non necessariamente di tipo sessuale.

*Età della vittima e personalità del reo.* Che significato dare alla violenza sessuale agita su un bambino piuttosto che su un coetaneo o un adulto? Agli inizi, quando l'attenzione data agli adolescenti *sex offenders* era ancora scarsa, gli studi che hanno indagato questo legame propendevano per l'esistenza di una mera preferenza sessuale dell'autore di reato rispetto al tipo di vittima (Veneziano & Veneziano, 2002; Oxnam & Vess, 2006-2008). Altri autori, tuttavia, hanno rifiutato quest'ipotesi, suggerendo come l'età della vittima sia piuttosto un indicatore dello sviluppo psicosessuale del reo e non una preferenza sessuale, limitandosi nelle loro ricerche ad identificare specifici sottogruppi di *JSOs*, con specifiche caratteristiche di personalità (Groth, 1979; Carpenter et al., 1995; Glowacz & Born, 2013). Ha preso così piede un importante filone di ricerca su questo tema. Da tempo, infatti, gli studiosi hanno rintracciato differenze nei tratti di personalità degli adolescenti autori di reati sessuali e, alcuni di loro, hanno cominciato ad analizzarle in relazione all'età della vittima. Già nel 1979, Groth identificò alcune differenze specifiche e, per la prima volta, si cominciò a distinguere tra coloro che agiscono contro ragazzini più giovani (di almeno 3-4 anni) o bambini e adolescenti che commettono il reato su vittime coetanee o adulte. Il primo gruppo è stato descritto da Groth come caratterizzato da maggior passività, immaturità e presenza di tratti dipendenti, mentre il secondo sembra tendere a comportamenti più impulsivi, aggressivi e violenti (Groth, 1979).

A risultati simili è giunto anche Carpenter e colleghi (1995), i quali hanno somministrato il *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (Millon, 1987) a un campione di 36 adolescenti *sex offenders* che avevano compiuto più reati (anche non sessuali) ed erano inseriti in una struttura correzionale residenziale. Gli autori hanno evidenziato come i giovani che agiscono contro i bambini sembrano possedere in misura

maggior tratti dipendenti, evitanti e schizoidi, rispetto agli adolescenti che agiscono contro coetanei o adulti, i quali ottengono punteggi più alti alla scala narcisistica (anche se non significativi). Entrambi i gruppi, tuttavia, hanno raggiunto punteggi significativi alla scala antisociale, che gli autori interpretano come segno della presenza di impulsività, irascibilità e tendenza a mettere in atto comportamenti antisociali, indipendenti quindi dalle specifiche caratteristiche di personalità rilevate.

Più di recente, Glowacz e Born (2013), utilizzando il *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI; Millon, 1993) sono giunti a individuare caratteristiche di personalità distinte in un gruppo di 67 adolescenti (dai 13 ai 18 anni), accusati di reato sessuale o non sessuale, metà dei quali inseriti in una struttura residenziale e, l'altra metà, affidata alla famiglia ma sotto supervisione giudiziaria. Gli autori hanno rilevato come gli adolescenti che agiscono contro i bambini ottengano punteggi più alti alle scale relative a problemi internalizzanti, comportamento sottomesso, ansia, inibizione sociale, conformismo; i giovani che agiscono contro coetanei/adulti, raggiungano invece punteggi elevati relativamente a problemi esternalizzanti e a caratteristiche antisociali (insensibilità sociale, impulsività, delinquenza, abuso di sostanze). Anche il gruppo di giovani che avevano compiuto reati non sessuali hanno raggiunto simili punteggi, relativi ad aspetti di tipo antisociale.

- *Classificazioni dell'adolescente sex offender*

Un altro filone di ricerca ha cercato di mettere insieme le conoscenze acquisite su questa particolare popolazione, con lo scopo di redigere una classificazione di tipo 'categoriale' dei *JSOs*. Analizzando i risultati ottenuti al *California Psychological Inventory* (CPI; Gough, 1987), somministrato durante l'assessment per l'inserimento in un programma di recupero di 112 adolescenti (imputati o condannati per violenza sessuale), Worling (2001) ha rintracciato quattro profili specifici di *JSOs*: *antisociale/impulsivo*, che presenta maggior probabilità di violare le regole e la violenza sessuale sarebbe da ricondurre a tale propensione, piuttosto che a una devianza sessuale, mostrando quindi scarse social skills di tipo prosociale; *ipercontrollato/riservato* che, a differenza del precedente profilo, mostra attitudini prosociali, ma risulta estremamente controllato e cauto nell'espressione delle emozioni e nelle interazioni sociali, il che rende difficile la costruzione di relazioni personali intime; *'insolito'/isolato*, presenta essenzialmente due caratteristiche peculiari, ossia il suo importante isolamento sociale e una personalità insolita, impacciata, che rende problematico lo sviluppo e il mantenimento di sane relazioni intime sessuali; *sicuro/aggressivo*, all'opposto del precedente profilo, si presenta amichevole, sicuro e ottimista, ma presenta caratteristiche di personalità di tipo narcisistico e aggressivo, le quali sarebbero alla base del reato sessuale. I profili *antisociale/impulsivo* e *'insolito'/isolato*, vengono considerati dall'autore come i più 'patologici': sarebbe presente una maggior probabilità del soggetto di essere accusato per reati

sessuali, di aver avuto un'educazione familiare basata su una rigida disciplina (talvolta presenti abusi fisici) e di recidivare con altri reati nel lungo termine. Nessuna significativa differenza, però, è stata rintracciata tra gli specifici profili individuati in relazione a: età del ragazzo, età e genere della vittima e abusi sessuali subiti nell'infanzia.

Oxnam e Vess (2006-2008) hanno proposto invece una loro classificazione utilizzando il questionario MACI (Millon, 1993) e hanno rintracciato così l'esistenza di quattro profili di personalità, due patologici e altri due che si situano in un range di normalità, come precedentemente descritto da Worling (2001): *profilo inadeguato*, caratterizzato da opposività, auto-frustrazione, auto-svalutazione, presenza di problemi familiari, propensione all'impulsività e depressione; *profilo antisociale*, caratterizzato da mancanza di disciplina, opposività, insensibilità sociale, problemi familiari, predisposizione alla delinquenza e all'impulsività; *profilo conforme*, senza alcuna elevazione significativa, ma solo punteggi elevati (non significativi) alle scale relative ad ansia e disagio sessuale; *profilo passivo-aggressivo*, senza alcuna elevazione significativa, ma solo punteggi elevati (non significativi) alle scale relative a opposività, sottomissione, depressione e problemi familiari.

In conclusione, sembrano quindi essere implicati aspetti di personalità specifici in questa popolazione (Carpenter et al., 1995; Worling, 2001; Oxnam e Vess, 2008; Glowacz & Born, 2013) e questa informazione risulta assolutamente utile in vista della presa in carico di questi giovani (Edwards & Beech, 2004). Ma se da un lato queste classificazioni possono essere molto informative per indirizzare il trattamento riabilitativo e psicoterapeutico di questi soggetti, dall'altro rischiano tuttavia di portare il clinico ad aderire a un certo tipo di "categoria" in modo acritico, rendendo di conseguenza difficile l'implementazione di un'efficace terapia costruita ad hoc sul paziente e ostacolando, inoltre, la possibilità di apportare eventuali cambiamenti.

Sebbene, quindi, a livello teorico e clinico, operare una suddivisione precisa dei diversi JSOs in sottogruppi possa rivelarsi di enorme utilità, ad oggi risultano esserci ancora molte contraddizioni e incongruenze in letteratura. Quindi, data la mancanza di accordo, è bene essere cauti nell'utilizzare come fonte di informazione le classificazioni ad oggi proposte.

### *I numeri in Italia*

In un documento pubblicato il 16 luglio 2013 dal Dipartimento della Giustizia Minorile, *Minori vittime e autori di reati a sfondo sessuale - "Sex Offender"* (Pesarin, 2013), sono stati elencati i risultati di una rilevazione effettuata nel 2011 presso 29 Uffici di Servizio Sociale. Ciò che risulta, tuttavia, sembra essere talvolta contrastante con i risultati forniti dalla letteratura internazionale. Dal documento si evince che i minorenni autori di reato sessuale "sono per l'83% di nazionalità italiana, nel 97% dei casi di genere



maschile, nel 52% dei casi di età compresa tra i 16 ed i 17 anni.

L'89% di essi non fa abitualmente uso di sostanze stupefacenti, l'85% di essi non né faceva uso al momento del reato, il 95% di essi non appartiene a sette.

L'82% dei ragazzi considerati non presenta disturbi psichiatrici, l'85% non ha avuto precedenti istituzionalizzazioni/affidamenti/adozioni, il 70% non è stato preso in carico prima della commissione del reato dai Servizi Sociali [...] L'85% dei ragazzi è disoccupato, il 58% di essi frequenta attività di formazione ed il 64% di essi è in possesso della scuola secondaria di 1° [...] Quindi una buona parte di questi giovani non è impegnata in un progetto di vita per il proprio futuro.”

In merito ai fattori di rischio maggiormente citati in letteratura, secondo questa rilevazione “L'83% del campione non ha subito abusi fisici, né maltrattamenti e l'80% non ha subito abusi psicologici. Il nucleo familiare [...] nella maggior parte dei casi [...] è normocostituito (64%), è disgregato (64%) [...] non è multiproblematico (54%), non presenta svantaggio economico (56%), non presenta patologie fisiche o psichiche (65%), non si trova in una situazione di isolamento [...] non presenta comportamenti antisociali (65%), né forme di dipendenza da sostanze stupefacenti (74%), né relazioni di attaccamento problematiche (61%).”

In merito, invece, al tipo di reato commesso si apprende che “si è consumato prevalentemente nell'ambito di conoscenza con la vittima nel 68% dei casi, nell'ambito familiare nel 13% dei casi, tra sconosciuti nel 10% dei casi, nell'ambito delle conoscenze che avvengono attraverso la rete internet nel 6% dei casi [...] Il 61% dei ragazzi è imputabile. I reati sono stati commessi prevalentemente verso minorenni [...] di età 14-17 anni (34%), 11-13 anni (19%), 6-10 anni (8%) e maggiorenni (5%).”

Per quanto riguarda invece i trattamenti proposti nel territorio italiano, il documento riporta che “il programma di trattamento degli autori di reato è denso di impegni che si sostanziano in interventi individuali di rimotivazione al cambiamento, quali colloqui individuali (23%) e familiari (19%), **interventi psicologici / psichiatrici (13%)** (grassetto aggiunto)[...] attività scolastiche (10%), formative (7%), attività di volontariato (7%), attività socialmente utili (6%) e ricreative sportive (6%). Una piccola parte di essi è stato coinvolto anche in attività di mediazione penale (3%), **attività di sostegno specifico alla relazione empatica e alla sessualità (3%)** (grassetto aggiunto), in attività culturali (2%), altre attività non rientranti nelle predette tipologie (1%).”

Ciò che, infine, viene sottolineato nel documento come fattore fondamentale di tale rilevazione è l'alto tasso di disoccupazione e inattività dei giovani. Nessun accenno o preoccupazione, tuttavia, è presente in merito allo scarso supporto psicologico fornito a questi ragazzi, di cui solo il 13% beneficia.

È importante tenere in considerazione che nel documento le informazioni provengono da soli 29 Uffici di Servizio Sociale (e non si sa se per minorenni). Inoltre, molti dei quesiti richiesti dall'indagine non erano ‘rilevabili’ e spesso, per molti giovani per cui sono stati emanati provvedimenti di messa alla prova, non è

presente un'approfondita valutazione dei fattori di rischio da parte degli uffici di servizio sociale. Questi aspetti pongono ovviamente qualche dubbio sulla validità e generalizzabilità dei risultati esposti nel documento.

### **La psicoterapia dell'adolescente autore di reato sessuale**

Tra le ricerche presenti in letteratura, l'argomento del trattamento dei giovani *sex offenders* viene affrontato principalmente nell'ambito dello studio della recidiva. Quello che si sono chiesti i ricercatori è: quanti soggetti che hanno seguito un percorso riabilitativo reiterano il reato? Se a prima vista ciò può sembrare molto interessante da un punto di vista clinico per capire 'cosa funziona e cosa no', si nota tuttavia, approfondendo, che non sono presenti spiegazioni o descrizioni dettagliate in merito ai trattamenti effettuati e spesso le conclusioni riguardano il tentativo di individuare "Quali caratteristiche possiedono i soggetti che reiterano il reato?". Inoltre, lo scopo principale dei trattamenti proposti è prevenire le recidive (Edwards & Beech, 2004): ma è davvero questo l'obiettivo primario che deve avere il clinico nel portare avanti il suo lavoro terapeutico con questi soggetti?

#### *Aderenza al trattamento e recidiva*

Gli sforzi compiuti per individuare quali caratteristiche siano proprie degli adolescenti che commettono reati sessuali dovrebbero avere lo scopo di aiutare a creare e implementare programmi terapeutici ad hoc per questi pazienti. Questa necessità nasce anche dagli studi effettuati sul recidivismo di questi adolescenti, dove sembra esserci maggior accordo in letteratura. Infatti, se da un lato i *JSOs* sono meno propensi a reiterare il reato, dall'altro, coloro che hanno recidive (solitamente si tratta di reati non sessuali; Veneziano & Veneziano, 2002; Parks & Bard, 2006; Christiansen & Vincent, 2013; Tidefors et al., 2019) mostrano più di frequente forti tendenze antisociali e aggressive (Hunter & Figueredo, 1999; Edwards & Beech, 2004; Tidefors et al., 2019; Carl, Schmucker & Lösel, 2019). Questo, di nuovo quindi, suggerirebbe l'esistenza di profili di personalità distinti, il che implicherebbe la necessità di prevedere programmi terapeutici differenziati (Edwards & Beech, 2004). A conferma di ciò, anche un importante studio sui tassi di recidiva di Christiansen e Vincent (2013) ha messo in luce come i giovani *sex offenders* di rado reiterano il reato sessuale e, in caso di recidiva, è più probabile commettano un reato non sessuale, mostrando così di percorrere una *traiettoria antisociale*, usando le parole di van Wijk, Mali, Bullens & Vermeiren (2007). Gli stessi autori hanno anche individuato che, tra i pochi *JSOs* che invece commettono di nuovo un reato sessuale, esisterebbe un sottogruppo particolare, i giovani esibizionisti, i quali sembrano percorrere una *traiettoria parafiliaca* (van Wijk et al., 2007; van Wijk, Vreugdenhil, van Horn, Vermeiren

& Doreleijers, 2007). In questo ultimo caso, tuttavia, si tratta di casi isolati e di soggetti con difficoltà psicopatologiche importanti. Ciò che Christiansen e Vincent (2013) sottolineano nell'ambito della valutazione del rischio di recidiva, e quindi da tenere in considerazione nella presa in carico terapeutica del soggetto, è l'importanza dei seguenti fattori: la presenza di precedenti reati (sessuali e non), precedenti reati contro bambini, una giovane età all'epoca del primo reato e il non frequentare la scuola.

Ma quali particolari fattori sono implicati nell'aderenza al trattamento e nei tassi di dropout dei giovani che hanno commesso reati sessuali? In merito ai *JSOs*, purtroppo, le informazioni sono ancora scarse, in quanto la maggior parte degli studi ha come focus la popolazione adulta (Oliver, Stockdale & Wormith, 2011). Tra gli autori che si sono soffermati sulla popolazione di adolescenti *sex offenders*, Hunter e Figueredo (1999) hanno evidenziato come l'assenza di compliance rispetto alle direttive terapeutiche influenzi il buon andamento del percorso riabilitativo. I giovani non cooperativi, oppositivi e poco partecipativi avevano infatti una maggior probabilità di dropout, come anche coloro che negavano la commissione del reato e la loro responsabilità. A risultati simili sono giunti anche Carl e colleghi (2019), i quali hanno rilevato come il tasso di abbandono del programma terapeutico fosse associato al livello di iniziale motivazione a prendere parte al trattamento, all'età del giovane, all'abuso di sostanze psicoattive, alla presenza di comportamento dirompente nell'infanzia e di aggressività.

#### *Quale trattamento per l'adolescente sex offender?*

Nonostante la scarsità di studi rigorosi che valutino l'efficacia di trattamenti specifici per questa popolazione (Laetourneau & Borduin, 2008), è possibile trovare in letteratura una descrizione generale dei percorsi terapeutici proposti e, malgrado i difetti delle ricerche ad oggi effettuate, è possibile ricavare informazioni interessanti dai trattamenti proposti (Edwards & Beech, 2004).

Per quanto riguarda il mondo degli adulti, in una meta-analisi del 2008 (Schmucker & Lösel, 2008) è stato evidenziato come, tra i trattamenti efficaci per ridurre i tassi di recidiva tra i *sex offenders*, oltre a interventi di tipo medico (castrazione chirurgica e castrazione chimica), anche la terapia cognitivo-comportamentale porti a buoni risultati (Schmucker & Lösel, 2008). Tuttavia, gli autori evidenziano come nei diversi studi siano mancanti informazioni più dettagliate circa il tipo di trattamento e la sua implementazione, le caratteristiche del *sex offender* e i risultati ottenuti da uno specifico trattamento (retest e follow-up; Schmucker & Lösel, 2008).

Per quanto riguarda i giovani, ciò che si trova in letteratura come indicazione di trattamento è una proposta multidisciplinare che comprende: incontri di psicoterapia individuale e di gruppo, terapia familiare, attività socio-educative, attività lavorative e ricreative (Hunter e Figueredo, 1999; Lambie & Seymour, 2006; Carl et al., 2019). Talvolta si possono trovare specifiche sul tipo di psicoterapia o modello

utilizzati, come ad esempio la CBT (Carl et al., 2019), la terapia Multisistemica (Borduin, Henggeler, Blaske, & Stein, 1990; Lambie & Seymour, 2006; Patel, Lambie & Glover, 2008) o il Good Lives Model (Wylie & Griffin, 2013), oppure vengono elencati gli aspetti su cui si è focalizzata l'attenzione durante il trattamento come, ad esempio, i valori, le abilità sociali, la gestione della rabbia, le distorsioni cognitive, il controllo degli impulsi, il giudizio morale, l'empatia e la prevenzione delle ricadute (Hunter e Figueredo, 1999; Viljoen et al., 2017).

Utilizzare programmi creati per la popolazione adulta, sebbene possano dare utili indicazioni per poter strutturare il trattamento, potenzialmente non è la scelta migliore, in quanto l'adolescenza è un periodo particolare di vita, in cui si vivono dei cambiamenti importanti e in cui agiscono fattori che hanno una diversa influenza rispetto all'età adulta: il clinico non ha a che fare con una struttura di personalità definita, bensì con una personalità in costruzione. I programmi riabilitativi dovrebbero basarsi primariamente sulle modalità di funzionamento dell'adolescente, in modo da permettere un più accurato abbinamento dei giovani a programmi che possano soddisfare i loro bisogni (Edwards & Beech, 2004). Affinché sia possibile effettuare una tale scelta oculata, risulta essenziale descrivere dettagliatamente in cosa consista un certo programma di trattamento. Quindi, il futuro della ricerca dovrebbe essere indirizzato a valutare più da vicino l'efficacia dei trattamenti, dal punto di vista della strutturazione del programma, delle tecniche utilizzate, i modi e i tempi, nonché la divisione dei giovani in gruppi di trattamento in base alle caratteristiche di personalità.

#### *La terapia cognitivo-comportamentale per l'adolescente sex offender*

Da una meta-analisi effettuata da Hoogsteder e colleghi (2015) è risultato come gli adolescenti con problemi di aggressività e tendenze antisociali traggano beneficio dagli interventi di tipo cognitivo comportamentale (di seguito *CBT*, *Cognitive Behavioral Therapy*), soprattutto se è prevista una parte di lavoro individuale. Sebbene la maggior parte delle ricerche si focalizzi su interventi di gruppo, di seguito sono riportati alcuni trattamenti *CBT* specifici, che utilizzano all'interno del programma riabilitativo sia il lavoro di gruppo che individuale.

In due studi pubblicati nel 2004 da Apsche e colleghi, vengono illustrati due trattamenti *CBT* specifici per gli adolescenti autori di reati sessuali:

- *Thought Change System (TC)*: pensato per il trattamento dei *sex offenders* aggressivi, ad alto rischio, affidati a un servizio residenziale, organizzato in fasi e della durata di minimo sedici settimane (Apsche, Evile & Murphy, 2004); consiste in un programma strutturato che ha come focus principale le credenze disfunzionali collegate al comportamento sessuale deviante agito e ai tratti di tipo antisociale. Gli argomenti trattati nel programma sono: l'annotazione dei pensieri negativi e la ristrutturazione cognitiva

degli stessi, il reato sessuale, l'aggressione e la violenza, l'umore, la responsabilità, i comportamenti salutari, l'uso di sostanze, l'empatia, le credenze della vittima e dell'aggressore, la vittima, la farmacologia. Il programma utilizza tecniche di imagery e di rilassamento e propone un balance training, mutuato dalla *Dialectical Behavior Therapy*. Oltre al trattamento *CBT* di gruppo, focalizzato sulla ristrutturazione cognitiva, i partecipanti sono inseriti in percorsi di terapia individuale e familiare, e svolgono inoltre attività educative, ricreative e professionali.

- *Mode Deactivation Therapy (MDT)*: creato per coloro che non sono stati in grado di completare un trattamento *CBT* classico (il precedente), a causa di un alto livello di aggressività e/o *non-compliance* (Apsche, Bass e Murphy, 2004); il programma si focalizza sul concetto di *mode* (Beck, 1996; Alford & Beck, 1997) e ha lo scopo di de-attivare la sequenza “trigger – paura – evitamento – attivazione mode/nucleo di credenze” e, attraverso un training per imparare a bilanciare percezioni e interpretazioni soggettive, di incrementare la regolazione emotiva. Il programma è stato creato anche allo scopo di migliorare la mastery: l'adolescente, gradualmente, impara a riconoscere e a lavorare sui mode, sui problemi comportamentali e/o sulla rabbia/aggressività, utilizzando materiale didattico specifico (mutuato da *ACT*, *DBT* e *CBT*).

Entrambi i programmi proposti sono stati valutati come efficaci nel ridurre sia le cognizioni che i comportamenti disfunzionali in soggetti che mostrano caratteristiche di tipo antisociale.

Successivamente, nel 2007 Calley pubblicò un dettagliato programma di intervento suddiviso in moduli che rispondevano agli obiettivi di trattamento raccomandati dal *National Task Force on Juvenile Sex Offending* (NTFJSO, Stati Uniti, 1993). Per affrontare le problematiche individuate dalla NTFJSO, era necessario usare un approccio con valide ed efficaci basi teoriche, che potesse garantire dei risultati di trattamento effettivi di questi giovani e, secondo Calley, la *CBT* era l'unica che possedeva queste caratteristiche: avrebbe fornito un solido quadro di riferimento a cui rivolgersi per raggiungere i target del trattamento, da un lato, e sarebbe stata d'aiuto nell'implementazione di un trattamento strutturato, necessario per affrontare problematiche cliniche così complesse.

Nel primo modulo del programma di Calley, il lavoro terapeutico è focalizzato sull'assunzione di responsabilità del giovane rispetto all'atto compiuto: l'autoapertura rispetto al reato commesso e a tutti i dettagli che lo hanno caratterizzato (come si è svolto l'evento, la percezione del paziente e la percezione della vittima), secondo l'autore, è indice di impegno da parte del paziente nel percorso terapeutico.

Nei moduli due e tre, si lavora sulla storia di vita: attraverso il genogramma e strumenti per la raccolta dati, si ripercorre la vita del paziente, la storia familiare, gli eventi accaduti ritenuti importanti e salienti dal giovane (prendendo in considerazione gli aspetti prettamente emotivi e comportamentali). Il modulo quattro è interamente dedicato alla storia della devianza: viene quindi presa in esame la storia e lo sviluppo della delinquenza, della sessualità e dell'eventuale uso di sostanze. Nel modulo cinque, il

terapeuta rivede insieme al paziente gli aspetti cognitivi, comportamentali, emotivi legati alla messa in atto del comportamento sessuale deviante, concettualizzandolo sotto forma di un ciclo (che quindi, secondo l'autore, si ripete o si ripeterà). Nel modulo sei viene invece intrapreso un percorso per sviluppare la capacità empatica e aiutare il giovane ad essere più in contatto con le sue emozioni. Infine, nel modulo sette, si lavora sulla prevenzione della ricaduta. L'intero programma è strutturato basandosi sull'approccio della *CBT* e, per ogni modulo, l'autore offre una spiegazione alquanto estesa in merito a come procedere, modulo dopo modulo. Il limite principale è che il protocollo non è stato validato, quindi rimane un lavoro prettamente teorico.

I trattamenti *CBT* proposti si focalizzano sugli stessi temi: presa di responsabilità dell'atto commesso, abilità di problem-solving, social skills per promuovere relazioni positive, aumentare la consapevolezza in merito all'impatto dell'atto sulla vittima, riduzione e correzione delle distorsioni cognitive collegate al reato e prevenzione delle ricadute (Calley, 2007; Patel et al., 2008; Letourneau & Borduin, 2008; Hoogsteder et al., 2015; Viljoen et al., 2017). In generale, ciò che viene spesso criticato è che, da un lato, le modalità, la struttura del trattamento e le tecniche impiegate non vengono ben esplicitate (motivo dell'esiguo numero di trattamenti sopracitati), dall'altro gli obiettivi del trattamento spesso non includono un lavoro sui fattori di rischio per i quali è stata riconosciuta un'influenza importante (Hoogsteder et al., 2015). Alcuni autori, in aggiunta, non ravvisano alcuna utilità nel lavoro relativo alla prevenzione delle ricadute (Letourneau & Borduin, 2008): che valore e beneficio può avere concentrarsi su questo aspetto se la maggior parte dei giovani *sex offenders* non reitera il reato? Inoltre, sembra venga perso di vista il lavoro terapeutico sul paziente e sul suo funzionamento relazionale e sociale disfunzionale (Hoogsteder et al., 2015): se ci sono degli interventi, questi sono indirizzati ad aspetti di tipo antisociale, ma quale lavoro per gli adolescenti più introversi, con tratti evitanti e isolati socialmente? Il fatto che la loro probabilità di reiterare il reato sia molto bassa è una buona giustificazione per non creare un trattamento centrato sulle loro peculiari caratteristiche?

In conclusione, nonostante i limiti della ricerca, due aspetti importanti sembrano emergere:

- gli adolescenti che compiono reati sessuali sono un gruppo distinto rispetto ai coetanei che compiono reati non sessuali;
- all'interno di questa specifica popolazione, si possono rintracciare almeno due macro gruppi distinti: coloro che mostrano tratti di personalità evitante, dipendente, sono socialmente isolati, hanno scarse social skills e possibili deficit cognitivi, e coloro che hanno maggiori tendenze antisociali, disturbi della condotta e più probabilità di recidivare con altri reati (di solito non sessuali).

Appare di estrema importanza, quindi, prevedere anzitutto programmi di trattamento distinti per gli adolescenti che commettono reati sessuali, rispetto a quelli per i giovani che commettono altri tipi di reato;

inoltre, all'interno di questa particolare popolazione, fornire percorsi separati basandosi sulle caratteristiche di personalità risulta essenziale: inserire un giovane con problemi di tipo internalizzante in un contesto in cui sono presenti giovani con tendenze antisociali e ostili, potrebbe avere un effetto iatrogeno (Hunter & Figueredo, 1999; Edwards & Beech, 2004; Glowacz & Born, 2013).

### **La psicoterapia individuale dell'adolescente autore di reato sessuale: il caso di un giovane *sex offender* con tratti di personalità evitante e dipendente**

Analizzando la letteratura sul tema degli adolescenti autori di reati a sfondo sessuale e confrontandola con l'esperienza biennale di terapia con un giovane *sex offender* con tratti dipendenti, evitanti e importante isolamento sociale, alcune domande sulla procedura da adottare con un paziente di questo tipo sono sorte spontanee:

1. Come essere certi della 'validità' dei questionari di personalità (o di altro tipo) somministrati?
2. Quando è il momento giusto per affrontare l'evento occorso?
3. È bene concentrarsi prevalentemente su cognizioni, emozioni, comportamenti legati al reato sessuale o meglio lavorare sui tratti di personalità che raggiungono significatività clinica? Quindi sui punti di forza e debolezza del paziente, indipendenti dal reato commesso?
4. I gruppi di terapia possono essere efficaci oppure c'è il rischio che il paziente senta ancor più l'etichetta di *sex offender*?

Si propone di seguito una revisione critica di ciò che la ricerca ha ad oggi proposto in merito agli interventi per questa popolazione, nell'ottica di una presa in carico di un giovane con assenza di tratti antisociali.

#### *Il caso in breve*

Paziente da poco maggiorenne, figlio unico, vive con i genitori con cui c'è un legame invischiato. Non sono presenti valutazioni del funzionamento cognitivo globale, ma il ragazzo al colloquio si mostra molto semplice, con un eloquio che, per forma e contenuti, rassomiglia a quello di un adolescente. Durante l'adolescenza ha avuto alcuni rapporti completi con una minore di 6 anni più giovane. Dopo un anno dall'accaduto è scattata la denuncia e ha preso avvio l'iter giudiziario. A distanza di due anni, il giudice del Tribunale dei Minori ha emesso un provvedimento di messa alla prova per un periodo di due anni, in cui il ragazzo dovrà svolgere servizio sociale e un percorso psicologico "*per comprendere la gravità del reato commesso*".

Il paziente, che inizialmente negava il reato, una volta ammesso il fatto ha comunque continuato a minimizzarne la gravità, attribuendo responsabilità anche alla vittima. Il paziente si definisce stufo perché la cosa va avanti da anni e non ha commesso un reato “*poi così grave*”. Inoltre, asserisce di non aver nessun problema, di stare bene e di non aver bisogno di uno psicologo.

Durante le prime sedute di assessment, il paziente si mostra non motivato a compilare i questionari e non è disposto a fornire informazioni personali: durante l’indagine sulla storia di vita e sul contesto familiare si rifiuta di fornire alcune informazioni o risponde alle domande in modo superficiale. Il profilo di personalità risultante dalla prima indagine psicodiagnostica, in particolar modo dalla somministrazione del MCMI-III, si configura come un disturbo di personalità narcisistico con tratti paranoidei (la scala di desiderabilità sociale risulta molto elevata). Sono presenti, inoltre, elevazioni significative alle scale dell’MMPI-2 relative a cinismo, mania, comportamenti antisociali e personalità di tipo A.

Dopo qualche mese di incontri motivazionali, il paziente decide di sospendere le sedute e deciderà di tornare solo dopo tre mesi. Alla ripresa del percorso, il paziente non mostra più un atteggiamento ostile, sebbene sia sempre pesante per lui l’imposizione di effettuare un percorso psicologico, e comincia un po’ alla volta ad aprirsi anche rispetto ad argomenti prima tabù, come la storia di vita e la famiglia.

Dopo circa un anno dall’inizio della terapia, quando è presente una buona alleanza terapeutica, viene risomministrato il questionario di personalità MCMI-III, che fornisce risultati molto diversi: disturbo di personalità evitante con tratti dipendenti, con elevazioni significative alle scale passivo-aggressiva, depressiva, auto-frustrante, nonché alla scala dell’ansia.

#### *Valutazione iniziale e rivalutazione*

L’assessment è ciò che caratterizza l’inizio di ogni percorso terapeutico: permette di inquadrare il caso e aiuta a fissare degli obiettivi realistici per il paziente, in relazione alla sua storia di vita e al suo funzionamento. Inoltre, essenziale per l’inizio di una terapia, è la presenza di motivazione, da parte del soggetto, a intraprendere un percorso terapeutico. Già qui si incontrano le prime difficoltà. Il giovane *sex offender* che comincia una terapia, con alta probabilità, è stato obbligato da terzi a intraprendere un percorso psicologico, quindi è plausibile che la motivazione sia al livello di pre-contemplazione (Prochaska & DiClemente, 1992). Inoltre, se presenti tratti di personalità di tipo evitante, è plausibile immaginare come sia fonte di estrema ansia e vergogna parlare davanti a uno sconosciuto di se stessi (e del reato commesso) e che quindi possa tentare di presentarsi al meglio, per evitare il giudizio negativo che è solito temere.

In questa prima fase, risulta quindi utile utilizzare degli strumenti che possano fornirci alcune indicazioni, soprattutto se il paziente si sbottona poco, è bene tuttavia fare attenzione ai profili *fake-good* che possono



risultare (l'alta desiderabilità non rende necessariamente il protocollo non valido!). Per una maggiore sicurezza sarebbe bene somministrare, o somministrare di nuovo, i questionari una volta raggiunta una buona alleanza terapeutica e il paziente non senta quindi il rischio di ricevere (anche) dal terapeuta un giudizio negativo.

#### *Colloquio motivazionale e relazione terapeutica*

Con un paziente di questo tipo, in cui è alta la probabilità sia presente una scarsa motivazione al trattamento, risulta utile avvalersi di un approccio di tipo motivazionale (Patel et al., 2008). Nello specifico, il colloquio motivazionale aiuta a incrementare la motivazione intrinseca del paziente ed è risultato essere un intervento terapeutico utile in quei casi in cui il paziente è resistente al trattamento (i.e. trattamento della dipendenza; Miller & Rollnick, 2002; Patel et al., 2008). Questo approccio contribuisce a far sentire il paziente al sicuro e accettato, affinché si senta libero di esprimere i propri pensieri ed emozioni, senza alcuna ripercussione (Miller & Rollnick, 2002).

Anzitutto è fondamentale comprendere quali siano i motivi di questa scarsa motivazione. Mann e Rollnick (1996) hanno individuato quattro ragioni per cui i giovani *sex offenders* si oppongono al trattamento:

- 1) provano rabbia per il fatto di essere stati obbligati a seguire una terapia;
- 2) hanno paura del futuro, non sanno come andrà a finire;
- 3) negano il fatto o comunque faticano ad assumersi le loro responsabilità in merito al reato;
- 4) mostrano diffidenza verso l'altro, soprattutto se lo percepiscono in una posizione di potere rispetto a loro stessi.

Immaginando di essere di fronte a un paziente che mostra forte rabbia, oppositività rispetto al trattamento e alle richieste del terapeuta, diffidenza e svalutazione dell'altro, con dei risultati ai questionari che propendono per una personalità narcisistica o istrionica o anche, talvolta, antisociale, che idea si farebbe il terapeuta rispetto al funzionamento e alla personalità del paziente? Sarebbe più probabile venisse 'classificato' come giovane *sex offender* con tratti antisociali? Ma se si ripensa a questa scena, invece, tenendo in considerazione le motivazioni individuate da Mann e Rollnick, si giungerebbe alla stessa conclusione? E se si considerasse anche la possibilità di una distorsione dei risultati dei questionari del tipo fake-good?

Gli adolescenti *sex offenders*, quindi, potrebbero mostrare rabbia, negazione dell'accaduto, autosvalutazione dell'altro come strategie di coping legate alla particolare situazione che stanno vivendo (Miller & Rollnick, 2002). Risulta quindi utile rivalutare l'atteggiamento del paziente tenendo in considerazione le motivazioni alla base della sua ostilità e assumere un atteggiamento accettante e accogliente.

Come suggerito da Patel e colleghi (2008) in questa prima fase (ma anche nel proseguo della terapia), unire alla *CBT* le componenti del colloquio motivazionale che seguono, può essere d'aiuto per promuovere il cambiamento nel paziente e per creare una buona alleanza terapeutica:

- *esprimere empatia e rispetto*: il terapeuta mostra accettazione per il giovane, indipendentemente dal reato commesso, assume un atteggiamento empatico al fine di comprendere la prospettiva del paziente, la sua vita e le sue difficoltà, senza giudicarlo; lo aiuta in modo più efficace a compiere un cambiamento; con l'utilizzo dell'ascolto attivo, il paziente apprende che il terapeuta lo capisce;
- *Incrementare la discrepanza*: il terapeuta aiuta a riconoscere la discrepanza tra il comportamento attuale e il sistema di valori, in modo da stimolare una riflessione sul comportamento;
- *'Rotolare' con la resistenza*: il terapeuta evita lo scontro con il paziente e cerca, piuttosto, di riflettere con lui utilizzando paradossi, umorismo, ascolto attivo, riformulazione, cambio focus, validazione;
- *Normalizzare ed esplorare l'ambivalenza*: il terapeuta rispetta e comprende l'ambivalenza del paziente rispetto alla terapia e lo aiuta a riflettere su di essa (utilizzo della bilancia decisionale);
- *Supportare la percezione di autoefficacia*: è importante che il paziente senta di avere le capacità per effettuare un cambiamento e il terapeuta può riflettere con lui in merito a cosa si aspetta dal futuro (se farà un cambiamento, sia se non lo farà) e sottolineare i punti di forza in modo che anche il giovane cominci a prenderne consapevolezza e si senta più sicuro.

L'utilizzo di questo approccio ha come risultati l'incremento di motivazione del paziente e la creazione di una relazione terapeutica collaborativa, essenziale per proseguire con il lavoro terapeutico con i giovani *sex offenders*.

### *Terapia cognitivo-comportamentale*

Le terapie proposte in letteratura si focalizzano su cognizioni, emozioni e comportamenti collegati al reato. Non viene, tuttavia, sottolineata l'importanza di lavorare sugli aspetti disfunzionali non relativi al reato. Com'è possibile lavorare su un evento che ha portato a gravi conseguenze, che implica uno stigma pesante da sostenere e che ha avuto come risultato, tra gli altri, la messa in atto di strategie di coping disfunzionali a protezione del paziente stesso, se prima il giovane non ha lavorato e imparato a conoscere di più la sua persona e il suo funzionamento? Se si tiene conto poi che il giovane presenta un disturbo di personalità, che porta inevitabilmente con sé modalità di relazionarsi agli altri e al mondo disfunzionali, forse il punto di partenza della terapia andrebbe rivisto. Se aggiungiamo, infine, la presenza di un disturbo evitante di personalità, caratterizzato da forte paura del giudizio negativo e da un importante vissuto di ansia e vergogna, appare una forzatura, se non irrealistico, chiedere al paziente di raccontare i dettagli del reato, cosa pensava in quei momenti e cosa, secondo lui, pensava la vittima. Fissare congiuntamente con il

paziente gli obiettivi da raggiungere, che riguardino la sua vita e le sue difficoltà attuali, e perseguirli durante la terapia, è un lavoro necessario per poter costruire una base solida che permetta, in un secondo momento, di affrontare il tema del reato commesso.

Come esemplificazione, vengono riportati di seguito gli obiettivi individuati con il paziente del caso clinico sopra riportato, le tecniche utilizzate e l'andamento del lavoro terapeutico.

Dai colloqui effettuati erano emerse alcune problematiche che successivamente il paziente ha identificato come obiettivi sui quali impostare il lavoro terapeutico:

- Difficoltà a riconoscere e gestire le emozioni, soprattutto rabbia e vergogna
- Idee disfunzionali di autosvalutazione
- Difficoltà metacognitive di decentramento e differenziazione
- Isolamento sociale
- Difficoltà nell'adottare uno stile comunicativo assertivo.

Il percorso terapeutico è cominciato con il lavoro sul monitoraggio e sulle emozioni, caratterizzato da psicoeducazione, apprendimento del modello ABC, utilizzo del diario emotivo e ristrutturazione cognitiva delle idee disfunzionali, soprattutto di tipo autosvalutativo.

Si è poi proseguito con l'affrontare le disfunzioni metacognitive: all'inizio del percorso, infatti, risultava difficile al paziente separare il proprio pensiero dalla realtà oggettiva esterna, anche a causa dell'intensa rabbia esperita, e assumere una posizione meno egocentrica. Si è quindi lavorato sul promuovere il senso di agency sugli stati mentali e far riconoscere come soggettive le interpretazioni fornite sulla realtà esterna e sugli altri, grazie anche al disputing e al role-playing (utilizzato anche per promuovere il decentramento). Sebbene inizialmente sembrava essere molto difficile per il paziente interiorizzare le informazioni fornite in seduta e utilizzarle nella vita quotidiana, con il passare del tempo ed il rinforzarsi della relazione terapeutica, il ragazzo si è mostrato spontaneamente sempre più consapevole rispetto ai suoi stati mentali, riuscendo a mettere in discussione in autonomia le sue credenze disfunzionali: ha cominciato a riconoscere l'origine delle sue emozioni, a individuare i pensieri, a fornire a se stesso ipotesi alternative sul comportamento altrui, dotando al contempo l'altro di una propria individualità cognitiva e, soprattutto, emotiva. Altro aspetto che ha aiutato il paziente a scindere il suo pensiero dalla realtà esterna e differenziarlo da quello altrui, è stato la presa di consapevolezza rispetto al suo funzionamento, in relazione ai tratti di personalità evitante prima, e dipendente poi. Rispetto al primo tratto, mano a mano che è riuscito a riconoscere e ad affrontare l'emozione di vergogna, le reazioni di rabbia e le pretese verso l'altro si sono affievolite ed è stato possibile lavorare sui pensieri disfunzionali con il disputing e il role-playing. Il raggiungimento di una maggior consapevolezza rispetto all'emozione della vergogna (e alle sue

conseguenze) ha indirettamente aiutato il paziente ad esperire maggior empatia e a sintonizzarsi con le emozioni dell'altro.

Rispetto al tratto dipendente, invece, una volta illustrato come il paziente funzionava in relazione con l'altro, specialmente con i genitori, e avendo raggiunto maggior fiducia in se stesso, il ragazzo ha cominciato a rendersi conto che spesso faceva sue le credenze dei genitori, senza necessariamente dividerle, e che iniziava a desiderare una maggior autonomia e indipendenza. Questo è stato il punto di partenza per iniziare a mettere in discussione alcune sue idee, lavorare sul senso di colpa rispetto all'opporci ai genitori e aumentare di pari passo la consapevolezza rispetto a cosa, invece, desiderava davvero il paziente per se stesso.

Rispetto all'isolamento sociale, il lavoro terapeutico è stato caratterizzato da esercizi di attivazione comportamentale e role-playing sulle social skills, mentre, in merito all'assertività, sono state effettuate delle sedute di psicoeducazione, role-playing in studio ed esercizi da effettuare in autonomia negli ambiti relazionali della vita quotidiana del paziente.

Il percorso è stato strutturato inizialmente con incontri settimanali, per poi passare a sedute a cadenza bimensile; alla fine di ogni seduta venivano assegnati compiti da svolgere a casa.

A conclusione del percorso, il paziente mostra di aver raggiunto una buona consapevolezza in merito ai propri pensieri ed emozioni, che è in grado di riconoscere e valutare come funzionali o disfunzionali. Inoltre, mostra capacità nel differenziare un pensiero come proprio e nel "mettersi nei panni dell'altro", esibendo anche un atteggiamento empatico nei confronti delle altre persone (che siano conosciute o sconosciute). A livello comportamentale, il paziente ha cominciato a ricostruire una rete sociale e amicale, mostrando buone capacità di stare in relazione con l'altro, imparando inoltre a mettere in atto un atteggiamento assertivo, adeguato alla situazione e al contesto relazionale in cui si trova.

Solo una volta avvenuta l'acquisizione di tali nuove competenze è stato possibile per il paziente effettuare un'approfondita riflessione critica sul suo agito. Ha infatti indirettamente acquisito maggior consapevolezza rispetto agli aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali disfunzionali presenti all'epoca dei fatti ed è quindi riuscito a raccontare in modo dettagliato e pieno di consapevolezza l'accaduto, è stato in grado di esplicitare lo stato mentale di estrema inadeguatezza presente nel periodo in cui è successo il fatto e i pensieri presenti al momento della violenza. È stato inoltre capace di rivalutare il livello di gravità del comportamento agito, dimostrando una piena consapevolezza in merito a questo e alla sua responsabilità, valutata come unicamente propria e non più condivisa con la vittima. Tutto ciò gli ha permesso infine di riuscire a comunicare alla vittima, attraverso una lettera, il suo dolore rispetto a quanto occorso e a chiedere scusa per ciò che aveva fatto.

*Altre considerazioni in merito alla terapia*

Questo tipo di pazienti che possono giungere in terapia in conseguenza di un provvedimento del giudice, è difficile possano essere inseriti in attività di gruppo, a meno che non si lavori in un contesto dove ciò risulti possibile. Tuttavia, in merito alla frequentazione di un gruppo terapeutico per *sex offenders*, la letteratura ha mostrato talvolta scetticismo, in quanto ci si è chiesti se l'inserimento di un giovane con caratteristiche di personalità di tipo evitante possa risultare iatrogeno (Hunter & Figueredo, 1999; Edwards & Beech, 2004; Glowacz & Born, 2013). In particolare in relazione a:

- l'inserimento in un gruppo dove sono presenti ragazzi che hanno commesso lo stesso reato, ma che presentano tratti di personalità di tipo antisociale, il che, quindi, potrebbe portare ad un aumento delle reazioni di ostilità e, in genere, di coping disfunzionale;
- l'inserimento in un gruppo di ragazzi che hanno commesso reati sessuali, che potrebbe incrementare le conseguenze negative legate allo stigma di 'autore di reato sessuale'.

Ciò che sembra più utile, invece, per un ragazzo con tratti evitanti, ritiro sociale, bassa self-efficacy e insicurezza, è essere inserito, verso la fine del trattamento individuale, in un gruppo composto da altri giovani con le stesse caratteristiche di personalità e *non-offenders*, con lo scopo di potenziare il decentramento e l'apprendimento e utilizzo delle social skills. Potrebbe essere inoltre utile per migliorare le capacità comunicative assertive e sperimentare un senso di condivisione e collaborazione con gli altri partecipanti (Glowacz & Born, 2013).

Per quanto riguarda il coinvolgimento della famiglia, la letteratura evidenzia come sia un fattore importante nel processo di riabilitazione dei *JSOs*, tuttavia, mostra anche come non sempre ciò risulti fattibile, spesso a causa dell'opposizione dei genitori stessi. Nell'ambito della terapia individuale di questi giovani, è sempre bene valutare se sia opportuna una presa in carico familiare o della coppia genitoriale e, eventualmente, proporla, senza però aspettarsi alcun risultato (Apsche, Bass & Murphy, 2004).

Infine, se la richiesta di intraprendere un percorso terapeutico è giustificata da un provvedimento di messa alla prova, va tenuto a mente che, alla fine del percorso, verrà richiesta dal Tribunale una relazione sull'andamento, con integrata una valutazione del rischio di reiterazione del reato. Negli Stati Uniti sono molto utilizzati questionari standardizzati per valutare il rischio di recidiva, soprattutto nella popolazione adulta. Ciò che sottolinea la ricerca per quanto riguarda i giovani, invece, è che la modalità migliore per fare una valutazione di rischio dei giovani è non affidarsi esclusivamente agli strumenti standardizzati (come ad esempio questionari di personalità) che possono condurre il clinico stesso a interpretazioni erranee, ma piuttosto integrare i risultati di questi con le diverse informazioni raccolte attraverso il colloquio, l'indagine della storia di vita e, eventualmente, da fonti esterne come famiglia, scuola, amici, istituzioni pubbliche (Christiansen & Vincent, 2013).

## Conclusioni

In Italia il lavoro da fare in quest'ambito è ancora molto, a cominciare da studi che indaghino in modo realistico la presenza del fenomeno dei *JSOs* sul territorio nazionale e ne forniscano una descrizione dettagliata. Risulta alquanto singolare, infatti, che la letteratura scientifica internazionale sottolinei la presenza di una moltitudine di fattori di rischio, alcuni di questi davvero ben rappresentati nella popolazione dei giovani *sex offenders* e in Italia, invece, sembra che per la maggior parte, l'unico fattore potenzialmente negativo (e degno di nota) sia la mancanza di un lavoro o un'occupazione.

Altro punto critico, a livello generale invece, è la mancanza di indicazioni di trattamento per quegli adolescenti più insicuri e ritirati forse considerati meno offensivi: è forse una buona motivazione per non occuparsi anche della loro sofferenza? Perché di sofferenza si parla se un giovane arriva al punto di mettere in atto determinati comportamenti.

Se la ricerca e gli interventi proposti si concentrassero maggiormente sul benessere globale del giovane e non avessero il solo scopo di diminuire il rischio di recidiva, forse si giungerebbe a creare interventi terapeutici davvero efficaci, con il potenziale di aumentare, da un lato, la qualità di vita di questi ragazzi e allo stesso tempo, dall'altro lato, diminuire i tassi di recidiva.

## Bibliografia

Abel, G.G., Osborn, C.A., & Twigg, D.A. (1993). Sexual assault through the life span: Adult offenders with juvenile histories. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall, & D.R. Laws. *The juvenile sexual offender* (pp. 104-116). New York: Guilford Press.

Alford, B.A., & Beck, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York, NY: Guilford Press.

Apsche, J.A., Bass, C.K., & Murphy, C.J. (2004). A comparison of two treatment studies: CBT and MDT with adolescent male sex offenders with reactive conduct disorder and/or personality traits. *Journal of early and intensive behavior intervention*, 1 (2), 179-190.

Apsche, J.A., Evile, M.M., & Murphy, C. (2004). The thought change system. An empirically based cognitive behavioral therapy for male juvenile sex offenders. *The Behavioral Analyst Today*, 5 (1), 101-107.

Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of Modes, personality, and psychopathology. In P.M. Salkovaskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 1-25). New York, NY: Guilford Press.

Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 34(2), 105-113.

Calley, N.G. (2007). Integrating theory and research: the development of a research-based treatment program for juvenile male sex offenders. *Journal of Counseling & Development*, 85, 131-142.

- Carl, L.C., Schmucker, M., & Lösel, F. (2019). Predicting attrition and engagement in the treatment of young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, <https://doi.org/10.1177/0306624X19877593>
- Carpenter, D.R., Peed, S.F., & Eastman, B. (1995). Personality characteristics of adolescent sexual offenders: A pilot study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7 (3), 195-203.
- Christiansen, A.K., & Vincent, J.P. (2013). Characterization and prediction of sexual and nonsexual recidivism among adjudicated juvenile sex offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 31, 506-529.
- Craig, L.A., Browne, K.D., Beech, A., & Stringer, I. (2006). Difference in personality and risk characteristics in sex, violent and general offenders. *Criminal Behavior and Mental Health*, 16, 183-194.
- Eastman, O., Craissati, J., & Shaw, J. (2019). Young adult sexual offenders with emerging personality disorders: developmental and offence-related characteristics and treatment engagement. *Journal of Sexual Aggression*, 25(2), 105-115.
- Edwards, R., & Beech, A. (2004). Treatment programmes for adolescents who commit sexual offences: Dropout and recidivism. *Journal of Sexual Aggression*, 10 (1), 101-115.
- Freeman, K.A., Dexter-Mazza, E.T., & Hoffman, K.C. (2005). Comparing personality characteristics of juvenile sex offenders and non-sex offending delinquent peers: a preliminary investigation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17 (1), 3-12.
- Glowacz, F., & Born, M. (2013). Do adolescent child abusers, peer abusers, and non-sex offenders have different personality profiles? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 117-125.
- Goldstein, A.P., McGinnis E. (1997). *Skillstreaming the adolescent: New strategies and perspectives for teaching prosocial skills*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Gough, H.G. (1987). *California Psychological Inventory. Administrator's guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Graves, R. B., Openshaw, D. K., Ascione, F. R., & Ericksen, S. L. (1996). Demographic and parental characteristics of youthful sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40, 300-317.
- Groth, A.N. (1979). *Man who rape: The psychology of the offender*. New York: Plenum Press.
- Hoogsteder, L.M., Stams, G.J.M., Figge, M.A., Changoe, K., van Horn, J.E., Hendriks, J., & Wissink, I.B. (2015). A meta-analysis of the effectiveness of individually oriented cognitive behavioral treatment (CBT) for severe aggressive behavior in adolescents. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26 (1), 22-37.
- Hunter, J. A., & Figueredo, A.J. (1999). Factors associated with treatment compliance in population of juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11 (1), 49-67.
- Hunter, J. A., Hazelwood, R. R., & Slesinger, D. (2000). Juvenile-perpetrated sex crimes: Patterns of offending and predictors of violence. *Journal of Family Violence*, 15, 81-93.
- Lambie, I., & Seymour, F. (2006). One size does not fit all: Future directions for the treatment of sexually abusive youth in New Zealand. *Journal of Sexual Aggression*, 12 (2), 175-187.

- Letourneau, E.J., & Borduin, C.M. (2008). The effective treatment of juveniles who sexually offend: an ethical imperative. *Ethics & Behavior*, 18 (2-3), 286-306.
- Mann, R.E., & Rollnick, S. (1996). Motivational interviewing with a sex offender who believed he was innocent. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 24, 127-134.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Millon, T. (1993). *Millon adolescent clinical inventory*. Minneapolis: National Computers System.
- Millon, T. (1987). *Manual for the MCMI-II (2nd ed.)*. Minneapolis, MN: National Computers Systems
- Miyaguchi, K., & Shirataki, S. (2014). Executive functioning problems of juvenile sex offenders with low levels of measured intelligence. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 39 (3), 253-260.
- Miner, M., Borduin, C., Prescott, D., Bovensmann, H., Schepker, R., Du Bois, R., Schladale, J., Eher, R., Schmeck, K., Langfiedt, T., Smit, E., & Pfäfflin, F. (2006). Standards of care for juvenile sexual offenders of the International Association for the Treatment of sexual offenders. *Sexual Offender Treatment*, 1 (3), 1-6.
- Mulder, E.A. (2010). *Unraveling serious juvenile delinquency: risk and needs assessment by classification into subgroups*. Thesis Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam.
- National Adolescent Perpetrator Network (1993). The revised report from the National Task Force on Juvenile Sex Offending. *Juvenile and Family Court Journal*, 44 (4), 1-120.
- Oliver, M.E., Stockdale, K.C., & Wormith, J.S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6-21.
- Oxnam, P., & Vess, J. (2006). A personality-based typology of adolescent sexual offenders using the Millon Adolescent Clinical Inventory. *New Zealand Journal of Psychology*, 35 (1), 36-44.
- Oxnam, P., & Vess, J. (2008). A typology of adolescent sexual offenders: Millon Adolescent Clinical Inventory profiles, developmental factors, and offence characteristics. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19 (2), 228-242.
- Parks, G.A., & Bard, D.E. (2006). Risk factors for adolescent sex offender recidivism: evaluation of predictive factors and comparison of three groups based upon victim type. *Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment*, 18(4), 319-342.
- Patel, S.H., Lambie, G.W., & Glover, M.M. (2008). Motivational counseling: implications for counseling male juvenile sex offenders. *Journal of Addiction & Offender counseling*, 28, 86-100.
- Pesarin, S. (2013). Minori vittime e autori di reati a sfondo sessuale - "Sex Offender". *Dipartimento per la Giustizia Minorile - Ministero della Giustizia*
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1992). *Stages of change in the modification of problem behaviors*. Newbury Park: Sage Publ..
- Righthand, S., & Welch, C. (2001). *Juveniles who have sexually offended*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice & Delinquency Prevention.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change". *Journal of Psychology*, 91 (1), 93-114



- Schmucker, M., & Lösel, F. (2008). Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psychothema*, 20(1), 10-19.
- Seto, M.C., & Lalumière, M.L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin (APA)*, 136 (4), 526-575.
- Tidefors, I., Ingevaldson, S., & Goulding, A. (2019). Recidivism in criminal behavior – A 10-year follow-up study of 45 adolescent boys identified as sex offenders. *Nordic Psychology*, 71 (2), 93-103.
- van Wijk, A., Mali, B.R.F., Bullens, R.A.R., & Vermeiren, R. (2007). Criminal profile of violent juvenile sex and violent juvenile non sex offenders: An explorative longitudinal study. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 1340-1355.
- van Wijk, A., Vreugdenhil, C., van Horn, J., Vermeiren, R., & Doreleijers, T.A.H. (2007). Incarcerated Dutch juvenile sex offenders compared with non-sex offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16, 1-21.
- Veneziano, C., & Veneziano, L. (2002). Adolescent sex offenders. A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 3 (4), 247-260.
- Viljoen, J.L., Gray, A.L., Shaffer, C., Latzman, N.E., Scalora, M.J., & Ullman, D. (2017). Changes in J-SOAP-II and SAVRY scores over the course of residential, cognitive-behavioral treatment for adolescent sexual offending. *Sex Abuse*, 29 (4), 342-374.
- Weinrott, M.R. (1996). *Juvenile sexual aggression: a critical review*. Boulder: Center for the Study and Prevention of Violence.
- Worling, J.R. (2001). Personality-based typology of adolescent male sexual offenders: differences in recidivism rates, victim-selection characteristics, and personal victimization histories. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13 (3), 149-166.
- Wylie, L.A., & Griffin, H.L. (2013). G-map's application of the Good Lives Model to adolescent males who sexually harm: A case study. *Journal of Sexual Aggression*, 19 (3), 345-356.

### Sitografia

[https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_12\\_4\\_8.page](https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_12_4_8.page)

Paola Rossi, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Associazione di Psicologia Cognitiva APC di Verona, e-mail: [parossi.28@gmail.com](mailto:parossi.28@gmail.com)

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:  
[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)